CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 25

DE LA

PÉRICARDITE RHUMATISMALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 13 Avril 1886

PAR

JOSEPH PIQUOT

Lauréat de la Faculté de Montpellier (Conc. 1882)
Médaille d'argent (Épidémie cholérique, Gigean 1884)
Élève du service de santé militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
J. MARTEL AÎNÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
3, rue de la Blanquerie, près de la Préfecture.

1886

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0069

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.
GRASSET, Assesseur.

PROFESSEURS.

Clinique médicale.	MM. DUPRÉ ✻ (C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✻ ✠.)
Clinique médicale.	COMBAL (✻ ✠),
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	CAVALIER (✻).
Physique médicale.	MOITESSIER (✻).
Anatomie pathologique et Histologie.	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicales.	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie.	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et Appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (chargé de cours).	CHALOT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeur honoraire : M. MARTINS (O. ✻)

Chargés de Cours de Cliniques annexes.

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATTLE.
Clinique des malad. syphilitiques et cutanées.	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).

AGRÉGÉS en exercice.

MM. GARIMOND.	MM. CARRIEU.	MM. REGIMBEAU (✻).
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ (✻).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse.

MM. GRASSET, *président* ;
DUPRÉ, professeur ;
MAIRET, agrégé ;
CARRIEU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

A Monsieur le Médecin Principal KIENER

Médecin Principal de 2e classe
Médecin-chef des salles militaires de l'Hôpital Saint-Éloi
Professeur-Agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur, Officier d'Académie

J. PIQUOT.

A Monsieur le Professeur **GRASSET**

mon Président de Thèse

A Monsieur le Professeur **GRYNFELTT**

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

REGIMBEAU et MOSSÉ

A Messieurs Sc. **GALAVIELLE** et le Colonel **LUBET**
et leur Famille

J. PIQUOT.

PRÉFACE

Nous n'abordons pas un sujet neuf, et en le reconnaissant, nous nous mettons plus à l'aise pour le plan de cette modeste étude. En effet, comme nous n'osons ni ne pouvons faire de notre thèse un Traité de la péricardite, il nous sera plus facile d'omettre certains chapitres et de renvoyer le lecteur, si nous en rencontrons, aux traités des maîtres, Bouillaud, Corvisart, Péter, etc., chez lesquels il trouvera des lumières qui nous font malheureusement défaut.

Nous ne passerons donc pas par la filière de l'étiologie, de la symptomatologie, etc., etc. Nous estimons que la lecture des Observations fera ressortir chacun de ces points, sans qu'il soit nécessaire de consacrer un chapitre spécial à l'étude de tels ou tels groupes d'entre eux.

Après quelques très-courtes notions sur l'étiologie spéciale de la Péricardite rhumatismale, nous passerons sans plus tarder aux Observations qui forment le fond de cette thèse. Chacune d'elles sera suivie de réflexions, de commentaires ; nous avons, en adoptant cette méthode, suivi l'exemple de Bouillaud et les conseils d'un de nos Maîtres les plus chers de cette Faculté.

Nous terminons enfin par une courte étude du Traitement, et aussi de la paracentèse du péricarde, qu'à deux reprises M. le docteur Kiener fut sur le point de pratiquer (*Obs.* I et II).

Bien que simple, ce travail présentait à notre pauvre savoir de sérieuses difficultés ; aussi demanderons-nous d'abord à nos Juges d'user d'indulgence pour les lacunes qu'ils trouveront peut-être à chaque pas.

Il y aura une partie bonne pourtant dans notre thèse : c'est celle des Observations qui en ont été le point de départ. Mais nous n'en devons point tirer vanité, car elles appartiennent à M. le médecin principal Kiener, dans le service et sous la dictée duquel elles ont été prises. Nous en avons même à dessein à peu près respecté le texte, car nous avons estimé avec raison que les modifier eût été les dégrader.

Nous ne saurions trop remercier notre chef, M. le docteur Kiener, d'avoir bien voulu nous aider ainsi de son savoir, et les lignes que nous lui consacrons ici ne sont qu'une expression bien faible de notre profonde reconnaissance. Nous offrons aussi l'assurance de notre gratitude à nos chers Maîtres de cette chère Faculté, à nos Juges de nos différents examens et à ceux de notre thèse : ils auront pu faire de meilleurs élèves, ils n'en feront pas de plus reconnaissant.

J. Piquot.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRICARDITE RHUMATISMALE

PRÉLIMINAIRES.

Le péricarde est souvent le siège de localisations rhumatismales : ceci est un fait d'observation, et nous verrons tout à l'heure dans quelles proportions de fréquence la chose se produit. Il nous a donc paru nécessaire, pour justifier (si ce mot n'est pas déplacé dans notre bouche) l'explication de Bouillaud, de consacrer quelques lignes à l'étude histologique du péricarde.

Il se compose de deux parties : un sac fibreux et une séreuse. Le premier est fait d'un tissu fibreux serré et solide, ce qui permet au péricarde d'être non-seulement une enveloppe, un isolateur du cœur, mais aussi un moyen de fixité de cet organe. Parmi les éléments de ce sac serpentent quelques fibres élastiques. La séreuse, elle, comporte une trame conjonctive et une couche épithéliale. La trame est formée de fibres lamineuses enchevêtrées ; elle est de beaucoup plus riche que le sac fibreux péricardique en fibres élastiques, qui sont très abondantes, flexueuses, surtout si l'on considère le feuillet viscéral de la séreuse.

L'épithélium est composé d'une couche unique de cellules

polygonales régulières de 10 à 15 μ de largeur sur 2 μ d'épaisseur, à un ou deux noyaux ronds ou ovalaires : les interstices cellulaires sont comblés par une substance amorphe.

Il est facile, d'après ces courtes notions micrographiques, empruntées à M. Maurice Raynaud, de saisir les ressemblances qui existent entre la structure du péricarde et celle des synoviales, plus particulièrement atteintes par les localisations rhumatismales.

Aussi, sans nous arrêter davantage sur ce point, sommes-nous de l'avis du savant maître quand il écrit : « La péricar-» dite existe chez la moitié environ des individus affectés » d'un violent rhumatisme articulaire aigu.... Le péricarde » étant de nature séro-fibreuse, comme le tissu où réside le » rhumatisme articulaire proprement dit, il n'est pas étonnant » que la péricardite coïncide si souvent avec ce dernier [1] ».

Une aussi grande fréquence de la péricardite dans le rhumatisme n'est pas admise par tous les pathologistes. Il est vrai que les statistiques d'Ormerod et de Taylor attribuent au rhumatisme 54 et 72 % des péricardites ; mais, par contre, Chambers n'en admet que 13 % comme d'origine vraiment rhumatismale, Bamberger 30 %, Hache 21 seulement. C'est à ces derniers chiffres plus modérés que se rallie M. Maurice Raynaud dans son article magistral sur la *Péricardite* [2].

Sans incliner, par manque d'expérience, vers telle ou telle de ces statistiques, et sans admettre surtout celle d'Ormerod et de Taylor, nous nous demanderons si les chiffres inférieurs de Bamberger, de Hache, et particulièrement de Chambers ne doivent pas être sensiblement élevés. Il est fort probable que la nature rhumatismale de telle ou telle péricardite aura été méconnue chez des individus sur lesquels on aurait pu retrouver des antécédents rhumatismaux, ou sur lesquels

[1] Bouillaud, *Nouv. rech. sur le rhumat. artic. aigu en gén.*

[2] *Nouv. dictionn. de Méd. et de Chir. pratique;* tome XXVI.

encore la péricardite aura été la seule manifestation d'une diathèse latente. Bouillaud, d'ailleurs, prévoyant que ses chiffres soulèveraient des contestations, insiste sur ce point avec raison.

Quoi qu'il en soit, il convient de laisser dans l'étiologie de la péricardite en général, une large place aux péricardites d'origine non rhumatismale, parmi lesquelles nous citerons, uniquement pour mémoire, les péricardites traumatiques (Bamberger, Duchek), a frigore (Corvisart, Bouillaud), émotives (Frank), et enfin les péricardites secondaires, consécutives soit à une inflammation de voisinage soit à une infection générale, fièvres éruptives, maladies infectieuses, cachexies, etc., etc. C'est dans cette dernière catégorie que doit être rangée la péricardite rhumatismale, sur laquelle seule porte la présente étude.

Mais la péricardite rhumatismale a cependant son étiologie à elle, plus restreinte peut-être, mais qu'il faut quand même mettre en lumière. Le rhumatisme lui-même admet plusieurs formes : le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme subaigu, le rhumatisme chronique, le rhumatisme musculaire. Ces différentes formes s'accompagnent-elles de péricardite dans les mêmes proportions, les unes par rapport aux autres ? Ici encore les auteurs errent considérablement quant aux chiffres. Cependant la majorité s'accorde à reconnaître que la péricardite est d'autant plus probable et d'autant plus intense que la crise de rhumatisme est plus vive[1]. Ce serait donc dans le rhumatisme articulaire aigu que la péricardite se développerait le plus souvent.

Williams dit que 75 % des péricardites rhumatismales accompagnent la forme aiguë du rhumatisme ; Jaccoud et Bouillaud réduisent ce chiffre à 50 %. Le rhumatisme subaigu entrerait en seconde ligne comme importance étiologique.

[1] Ferrand, thèse de Paris, doctorat; 1880.

Le rhumatisme chronique avait été jusqu'ici innocenté de toute production de péricardite. Charcot a montré qu'il fallait revenir de cette illusion et donne des autopsies à l'appui. Mais est-il bien certain que, dans ces cas de Charcot, une poussée aiguë ne se soit pas manifestée pendant la maladie dont sont morts les divers sujets autopsiés ? Il serait désirable qu'un peu plus de lumière fût faite sur ce sujet.

Le rhumatisme musculaire semblerait jusqu'ici ne jamais s'accompagner de péricardite.

Le rhumatisme blennorrhagique peut-il se localiser sur le cœur ? Oui, selon Ricord ; non, selon Fournier. Cependant Lehmann, Tissier, Lacassagne ont fourni quelques observations qui confirmeraient l'opinion affirmative de Ricord.

Enfin disons que l'âge doit être tenu en compte, car plus le sujet rhumatisant est jeune, plus il y a probabilité de péricardite.

Ceci dit, et grâce aux réserves faites dans notre Préface, nous croyons pouvoir passer à l'étude des observations qui vont suivre.

OBSERVATION I.

Salle Saint-Barthélemy, N° 3, Février 1885.

D..., âgé de 23 ans; 14 mois de service au 2e Génie.

Aucun antécédent rhumatismal héréditaire, au moins apparemment ; mais à l'âge de 9 ans, il eut un rhumatisme de longue durée qui le retint au lit pendant près de quatorze mois. La guérison complète demanda encore huit ou neuf mois, pendant lesquels il marcha avec des béquilles. Depuis lors, il n'aurait plus eu de rhumatisme articulaire aigu, mais serait sujet à de très-fréquentes atteintes de douleurs rhumatismales se produisant surtout à l'occasion des variations de la température. Ces douleurs duraient ordinairement de quatre à huit jours, et venaient interrompre ses travaux soit de maréchal-ferrant, sa profession

avant son incorporation, soit de militaire. Depuis sa première attaque de rhumatisme, il aurait été sujet à des palpitations de cœur, plus fortes après une marche ou une fatigue ; de même il rapporte à cette époque l'origine d'un certain essoufflement habituel, s'exacerbant dans les mêmes circonstances, etc., etc.

Vers le 18 ou le 20 janvier dernier, le malade était entré à l'infirmerie pour un furoncle ; il se trouve soudain pris, un matin, de rhumatisme articulaire généralisé ; il essaie de se lever et ne peut revenir seul à son lit. Depuis lors, le rhumatisme persiste, occupe diverses articulations, et ne quitte l'une que pour aller à l'autre. Des douleurs cruelles, lancinantes, spontanées chassent le sommeil ; si par hasard le malade s'assoupit, son sommeil est troublé par des rêves. L'appétit est diminué, les urines sont rouges et rares.

Au début de l'attaque actuelle, il y avait des frissons alternant avec des sueurs froides ; au bout de cinq à six jours, la sensation de chaleur devint continue, la température s'éleva à 39° et 40°, et chaque nuit le malade était baigné d'abondantes sueurs. A deux reprises se produisit une diarrhée assez forte qui céda au bismuth ; enfin, depuis le début de cette poussée rhumatismale, le malade toussait et expectorait des crachats sanguinolents.

Entrée à l'hôpital le 2 février. A ce moment, l'arthropathie est généralisée sans tuméfaction considérable des articulations : les douleurs sont continuelles et spontanées, surtout la nuit. La fièvre est forte, le malade est en moiteur et se plaint de céphalée ; il tousse fortement, mais l'auscultation ne révèle aucun râle. D... éprouve par moment des palpitations parfois très gênantes, surtout s'il fait quelque mouvement. Pas de bruit de souffle au cœur. Les urines sont albumineuses, leur densité est de 1013, et leur quantité égale 1100 cc.

Les jours suivants, la situation reste sensiblement la même. La toux s'améliore, l'albumine tend à disparaître des urines. La fièvre tend à baisser sous l'action du salycilate de soude, agent dont on cesse d'user au bout de six jours, car on n'en retire plus d'effet.

Le 13 février, vers 1 heure de l'après-midi, le malade voulant se déplacer et s'asseoir, appelle à son aide deux de ses camarades ; mais au moment du changement de position, il éprouve une angoisse respiratoire avec douleurs atroces à la base de la poitrine, de chaque côté ; la

face pâlit et les yeux s'injectent. Cet accident dure vingt minutes environ.

Le 14. — T. 38°,3–38°,8. Le facies, cyanosé, exprime l'apathie. La racine des cheveux est mouillée de la transpiration nocturne. Les souffrances ont été moins vives, la nuit passée, mais le sommeil a toujours été troublé de rêves. La céphalée persiste et devient atroce à chaque essai de mouvement. La sensibilité cutanée est diminuée partout, plus particulièrement aux membres inférieurs, sauf au niveau des articulations douloureuses ; le contact du doigt n'est pas perçu, il faut piquer pour provoquer une sensation ; les points piqués et touchés se colorent en rouge intense. Le trajet des sciatiques n'est pas douloureux. Les grandes articulations, sauf celles des hanches, sont tuméfiées, ainsi que quelques petites articulations des doigts et des orteils. Les mouvements de la tête sont libres. Le pouls, à 70, est inégal et faible. La matité du cœur est considérable ; elle dépasse le bord droit du sternum, et mesure 13 centim. transversalement et 7 verticalement ; si le malade s'assied, cette matité augmente d'un large travers de doigt dans toute sa circonférence, pour revenir aux dimensions primitives quand il se recouche. L'auscultation ne montre que la faiblesse et l'éloignement des bruits du cœur. Pas de palpitations depuis hier, cyanose prononcée, peu de toux, pas d'expectoration ; on constate en même temps à gauche un épanchement pleurétique peu abondant. On prescrit un large vésicatoire à la région précordiale, et à l'intérieur 40 gr. de rhum.

Le 15. — 37°,7–39°,1. P. 70, très-irrégulier et faible. L'état du malade s'est sensiblement amélioré ; son facies est plus reposé, la cyanose a disparu. La matité du cœur a diminué en tous sens d'un grand travers de doigt, les jointures sont en meilleur état, la langue est moins sèche que hier. Une selle. On continue la potion au rhum. Les urines, de quantité 1050 cc. et de densité 1022, ne sont plus albumineuses. Malgré cette réelle amélioration, le point de côté persiste à la base de la poitrine.

Le 16. — 37°–38°. Hier, dans l'après-midi, une crise semblable à celle du 13 s'est produite dans les mêmes circonstances. Le malade était cyanosé. Cette cyanose a disparu entièrement ce matin ; l'anesthésie et les troubles vaso-moteurs des téguments, signalés le 14, ont

disparu. La matité du cœur est à peu près revenue aux limites normales. — L'auscultation fait percevoir dans la majeure partie de cette région et particulièrement vers la base un bruit anomal couvrant le premier temps et le petit silence et ne se propageant en aucun sens. Nous supposons qu'il s'agit d'un frottement péricardique. Pouls à 76, inégal, irrégulier et mou. 30 mouvements respiratoires à la minute. L'épanchement pleurétique existe toujours, à la base du côté gauche, et provoque en ce point du souffle et de l'égophonie.

Le 17. — 37°,6-38°. P. 64, toujours mou et irrégulier. R. 34. L'amélioration constatée hier ne s'est pas maintenue. Nouvelle crise douloureuse, durant dix minutes, avec cyanose. Mais, dans la même journée, cette crise est suivie d'autres, à intervalles inégaux, les unes courtes avec rougeur de la face, les autres longues avec cyanose : le malade est condamné à l'immobilité la plus grande sur le côté gauche ; il est calme, mais sans sommeil.

L'épanchement péricardique s'est reproduit presque aussi abondant qu'avant-hier ; la matité, plus longue en hauteur qu'en largeur, atteint transversalement le milieu du sternum ; à la partie supérieure de cette matité, sur un espace de quelques centimètres carrés et en dehors du siège des orifices cardiaques, on observe un bruit de frottement ne se propageant pas. Inversement des phénomènes observés du côté du cœur, ceux des articulations se sont considérablement amendés: les jointures sont peu douloureuses, mais faibles cependant. L'épanchement pleurétique gauche a augmenté parallèlement à l'épanchement péricardique. Sensibilité cutanée intacte. On prescrit une potion avec acétate d'ammoniaque et vieux rhum.

Étant donnée la gravité de la situation, on se prépare à la paracentèse. Mais le soir, une amélioration notable s'est produite : l'épanchement péricardique a diminué de quelques millimètres ; le pouls, monté à 84, est plus fort, et il n'y a pas eu de nouvelle crise dyspnéique.

Le 18. — 37°,5-38. Pouls 74, encore un peu irrégulier, mais plus fort. Respiration 32. Notable amélioration. L'épanchement pleural et l'épanchement péricardique ont diminué, le dernier d'un bon centimètre en tous sens. Le bruit de frottement est toujours perceptible. On maintient le traitement par l'alcool.

Le 19. — Les phénomènes s'amendent, la matité du cœur diminue,

le jeu des articulations est plus facile. Pouls à 68 ; temp. 37°,8–38°,2. On prescrit du vin et une potion à l'acétate d'ammoniaque.

Le 20. — Amélioration persistante. Diminution des épanchements L'épanchement pleurétique, quoique bien restreint, donne encore lieu cependant à un souffle et à de l'égophonie. 37°,4-38°,2.

Le 21. — 37°–37°,9. Pouls à 68, devenu régulier. Respiration à 24. Les articulations continuent à se dégager. Matité du cœur normale ; le bruit de frottement des jours précédents existe encore à l'état de vestige ; de plus, un léger bruit de souffle au premier temps et à la pointe s'est surajouté. Depuis quelques jours les urines sont légèrement albumineuses.

Le 22. — 37°,7–38. On ne perçoit plus qu'un léger bruit de frottement tout à fait à la base et un léger souffle au premier temps et à la pointe.

Le 23. — 37°,2–37°–4. Comme hier, l'épanchement pleurétique persiste. Son niveau supérieur est à 3 travers de doigt au dessous de l'angle de l'omoplate. Rien de nouveau jusqu'au 2 mars.

2 mars. — Réapparition de l'épanchement péricardique. — La réapparition d'une quantité assez forte d'albumine dans les urines éveille l'attention, et on remarque que, sous l'influence du salycilate de soude pris depuis quelques jours, les douleurs articulaires avaient disparu ; mais, par contre, la douleur à la base de la poitrine revenait. On examine le cœur, on constate le retour de l'épanchement ; la matité du cœur a les dimensions doubles de la normale. Le bruit de frottement reparaît ; le pouls, non accéléré, est faible et inégal. On suspend immédiatement le salycilate de soude. Vers trois heures du tantôt, le malade a une crise dyspnéique semblable à celles du 13 et du 15, mais plus courte (5 à 6 minutes) et avec simple rougeur de la face, sans cyanose. Malgré cette crise, le malade va passer une nuit tranquille, mais avec des sueurs abondantes. Apyrexie complète.

3 mars. — Ce matin, matité du cœur diminuée sur hier, dépasse à peine le bord gauche du sternum, mais s'élève sur une hauteur de 0^{m}, 06. Dans toute l'étendue de cette matité, on perçoit un frottement dur et rude ; l'épanchement pleurétique a augmenté et remonte au dessus de l'angle de l'omoplate. Temp. 37°,2–37. Pouls 76, faible, inégal ; respiration 32. Urines albumineuses.

Le 4. — Amélioration dans l'état du malade et diminution d'intensité des symptômes. Pas d'accès d'oppression. Pouls 76, plus régulier. Apyrexie. De vagues douleurs siègent dans les articulations des membres supérieurs non tuméfiées ; sueurs abondantes. Albumine des urines disparue.

Le 11. — On signale une recrudescence dans une conjonctivite dont le malade souffre depuis trois ans. Cette recrudescence n'est pas la seule accusée par le malade, qui dit en avoir subi plusieurs autres. Cette dernière exacerbation serait-elle attribuable à la maladie actuelle ?

Le 12. — L'état de D... reste stationnaire. Les articulations sont toujours un peu douloureuses.

La convalescence commence, lente.

Jusqu'au 15 avril, le malade n'est plus examiné. A cette époque, il est soumis à un nouvel examen. Il n'a pu encore se lever : il ressent de l'oppression, se plaint de palpitations. Une faible voussure de la cage thoracique occupe la région précordiale. La pointe bat à plus d'un pouce en dehors du mamelon. La matité du cœur mesure 14 centim. en largeur et 8 en hauteur. Le choc du cœur se fait sentir comme une ondulation faible, mais sur une grande étendue. Les bruits sont lointains, sourds; peut-être y a-t-il un léger bruit de souffle au premier temps à la pointe; mais le bruit le plus caractéristique consiste en un souffle au deuxième temps sur le trajet de l'artère pulmonaire (insuffisance des valvules sigmoïdes de cette artère).

Le 28. — Le malade, descendu dans la cour, est pris d'une syncope de dix minutes. On le remonte dans son lit, il accuse la sensation de poids considérable sur la poitrine. Sueurs profuses. Cet accident reste isolé.

La réforme de ce militaire est prononcée le 1er juin. On l'examine encore avant son départ. Certaines articulations sont légèrement déformées, surtout l'articulation métacarpo-phalangienne gauche, qui est, de plus, le siège de crépitations.

La pointe du cœur bat à un pouce en dehors du mamelon. De la pointe à son bord sternal, la matité mesure 15 centim. Elle s'élève à une hauteur de 7 centim., dépassant un peu le mamelon. Le choc soulève nettement le doigt ; on ne constate pas de retrait systolique, ni à ce niveau ni à l'épigastre. Quand on fait asseoir le malade sur ses

genoux, le corps penché en avant, la matité du cœur change de forme, s'abaisse et augmente transversalement, ce qui indique que le péricarde n'a pas contracté d'adhérences avec la paroi thoracique antérieure. On entend un bruit de souffle au premier temps et à la pointe. De plus, à la base, le deuxième temps paraît éclatant et prolongé, sans que cependant on constate un souffle d'insuffisance sur le trajet de l'aorte.

En résumé, dilatation considérable des cœurs gauche et droit, avec insuffisance mitrale secondaire. Le pouls, irrégulier en force, est cependant assez ample, mais disparaît sous le doigt et est facile à déprimer.

Dans le cas du soldat D...., les localisations articulaires ont précédé de beaucoup la localisation péricardique. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans la grande majorité des cas ; cependant Haller a réuni 11 cas de péricardite et 11 cas d'endo-péricardite dans lesquels les localisations du côté du cœur avaient précédé toute autre manifestation rhumatismale (1870).

Dans l'observation qui précède, ce n'est guère qu'au dix-huitième ou au vingtième jour du rhumatisme articulaire que l'auscultation permet de constater au cœur des bruits anormaux. Le jour même de son entrée à l'hôpital, le 2 février (huitième jour environ de la maladie), l'examen du cœur ne révèle rien de particulier ; ce n'est que dix jours après son entrée que l'attention est appelée du côté du cœur par une crise dyspnéique intense : on constate alors la présence d'un épanchement considérable, de formation probablement presque soudaine.

On pourrait peut-être dire que la péricardite était en retard. En effet, si nous nous en rapportons aux chiffres donnés à ce sujet, nous voyons qu'elle aurait dû, pour rester dans la moyenne, se manifester du 6e au 10e jour d'après Hughes, au 10e d'après Ormerod, du 6e au 14e d'après Bamberger.

Il serait évidemment possible que les signes de la péricardite à son début eussent été assez faibles pour échapper à l'observation. Et, au fait, puisque Graves [1] estime qu'une lésion du cœur peut passer inaperçue pendant des années, à plus forte raison peut-elle être méconnue pendant quelques jours. Mais il s'agit, dans les observations de Graves, d'une affection à marche chronique, partant plus insidieuse, moins bruyante. Dans notre observation, au contraire, il s'agit d'une affection essentiellement aiguë et à début assez bruyant pour ne pas échapper à un examen quelque peu attentif. Et puis, serait-on sans exemple de péricardite à épanchement de formation rapide ? Lisons plutôt le passage de M. Raynaud : « Le travail exosmotique se fait » avec une grande rapidité : parfois au bout de quelques heures, » d'ordinaire en 2 ou 3 jours, un épanchement considérable est » constitué [2]. » La période d'inflammation du péricarde, qui a précédé la formation de l'épanchement, a dû elle-même être fort courte : fait d'autant plus possible que la poussée rhumatismale était plus violente. D'ailleurs, l'intensité même de la crise de dyspnée est un argument en faveur de l'hypothèse d'une formation brusque de l'épanchement. Les expériences de Fr. Franck, sur les effets des compressions rapidement croissantes du cœur, montrent avec quelle violence se produisent les phénomènes dyspnéiques dans ces circonstances, quand la mort rapide ne coupe pas court à toute expérience, comme c'est souvent le cas.

Bref, une crise de dyspnée intense a été le premier symptôme d'une affection péricardique. Pendant 20 minutes, le malade a été en proie à une angoisse respiratoire effrayante, avec douleur atroce à la base de la poitrine. L'angoisse respiratoire est évidemment attribuable à la compression du poumon par l'épanchement d'abord, ensuite et surtout à la compression

[1] *Clin. médic.*, trad. Jaccoud.

[2] *Nouv. Diction. de Méd. et de Chirurg.*, art. *Péricardite.*

du cœur, comme il ressort des expériences de Fr. Frank ci-dessus citées.

Quant à la douleur, Bouillaud l'explique par l'inflammation de voisinage des nerfs phrénique et intercostaux, d'autres du plexus cardiaque : ce doit être vrai ; mais ne pourrait-on pas faire intervenir aussi une cause plus simple et toute mécanique : la compression de ces nerfs par le péricarde distendu ? D'ailleurs, la douleur n'est pas un symptôme constant de la péricardite. Bouillaud dit en substance : 1° Les péricardites les plus simples sont indolentes ; 2° la péricardite rhumatismale est souvent indolente, surtout s'il n'y a pas de pleurésie ; 3° s'il y a pleurésie, les douleurs ne sont jamais plus vives que lorsque l'épanchement pleurétique siège à gauche. (Ce dernier point est confirmé entièrement par notre observation.)

Enfin, Ferrand [1] dit que la douleur est nulle dans la péricardite rhumatismale. Si la douleur se rencontre, on ne doit, d'après lui, l'admettre qu'après s'être assuré, par un examen attentif, qu'il n'existe dans les organes environnant le cœur aucune cause de douleur ; et enfin, si la douleur doit être vraiment rattachée à la péricardite, on trouvera surtout alors de la douleur provoquée. Suivant Hache, cette douleur provoquée serait constante ; d'après Bamberger, elle n'existerait que huit fois sur douze. M. Guéneau de Mussy a traité en maître cette question de la douleur ; nous ne nous engagerons pas dans la même étude, dans laquelle ses lumières nous manqueraient.

Bouillaud parle de la complication fréquente de la péricardite par une pleurésie. Nos observations confirmeraient pleinement, s'il avait besoin d'être confirmé, le dire du savant maître. Cette pleurésie peut être gauche ou droite, plus souvent gauche, quelquefois aussi bilatérale.

La pleurésie diaphragmatique gauche peut être une cause d'erreur de diagnostic avec la péricardite. Mais d'autres

[1] *Thèse de Paris*, 1880.

symptômes viendront éclairer l'observateur qui les connaît assez sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage. On n'en est plus à l'époque où Laënnec écrivait : « J'ai vu quelquefois » aussi deviner des péricardites, et j'en ai deviné moi-même ; » car je ne crois pas qu'on puisse employer le mot reconnaître » quand on n'a pas de signes certains et qu'il arrive aussi » souvent de se tromper que de rencontrer juste. »

A côté des manifestations douloureuses de la poitrine, nous trouvons, sauf au niveau des articulations douloureuses, à la date du 14 février, une diminution notable de la sensibilité cutanée. A quoi faut-il rattacher ces phénomènes semi-anesthésiques? Evidemment, nous les considèrerons comme une conséquence bien plus de la crise de rhumatisme que comme une conséquence de la péricardite elle-même. Aussi ne ferons-nous, pour ne pas sortir trop au loin de notre sujet, que signaler ces étranges manifestations, en renvoyant le lecteur aux traités spéciaux.

Un singulier phénomène a surtout frappé notre esprit dans cette observation : c'est l'espèce de balancement qui existe entre les localisations articulaires d'une part et la localisation péricardique d'autre part. Ainsi, avant son entrée à l'hôpital, D... se plaignait de vives douleurs articulaires ; mais le 13 février la péricardite s'organise, et le 14 et le 15 les douleurs articulaires s'amendent, à mesure que s'accroît l'épanchement péricardique. Puis, après diverses alternatives d'augmentation et de diminution, l'épanchement rentre enfin dans la voie d'une résorption définitive vers le 4 mars ; et ce n'est que lorsque la péricardite s'efface du premier plan du tableau clinique, que les douleurs articulaires se réveillent de leur sommeil et viennent de nouveau torturer le malade. Aussi, s'il pouvait rester quelques doutes sur la nature rhumatismale de la péricardite de l'observation I, ils tomberaient à coup sûr devant ce seul fait.

Un autre phénomène, qui se passe à la date du 2 mars, doit aussi nous arrêter un instant : nous voulons parler des sueurs abondantes qui inondent le malade ; puis, le lendemain même, on constate une diminution considérable de l'épanchement péricardique. Il semble qu'il y ait là une véritable crise sudorale. Cette crise, si crise il y a, a été précédée d'une légère défervescence qui, il faut bien le reconnaître, ne faisait que continuer celle dans laquelle la maladie semblait être entrée depuis plusieurs jours. D'ailleurs, cette défervescence eût-elle été liée à la crise, ce fait n'aurait rien d'extaordinaire, puisque, le thermomètre en main, M. Hamelin, professeur-agrégé de cette École, a observé, sur 81 malades, 41 cas d'exacerbation pro-critique et 37 de défervescence.

Enfin, quelque sombre qu'ait été à certains moments le tableau clinique, le malade sort, après deux mois et demi de séjour à l'hôpital. Mais dans quel état ? Il est d'abord reconnu impropre au service militaire, et on rend à ses foyers un homme dont le cœur est considérablement dilaté.

La plupart des ouvertures de cet organe ont subi la même distension que ses parois, et la valvule mitrale est insuffisante à remplir son office. Les valvules sigmoïdes aortiques ont dû subir, sans doute, la même lésion ; mais il a dû s'établir une compensation quelconque, car on ne trouve de ce côté aucun bruit de souffle. Ce mode de terminaison, qui constitue la dilatation cardiaque, est-il fréquent ? Leudet, qui fit un millier d'autopsies, a trouvé environ 75 cas de ce genre. Les observations I, II et IV de notre thèse nous montrent une forte dilatation du cœur ; cela nous porterait à croire que les cas de dilatation cardiaque sont plus nombreux que les chiffres de Leudet, et surtout que ceux de quelques auteurs allemands ne le comporteraient.

La mort était aussi une terminaison possible de ces péricardites ; cependant Bamberger déclare que la péricardite

rhumatismale guérit presque toujours, et que le chiffre de la léthalité dans les maladies inflammatoires du péricarde doit être attribué presque tout entier aux péricardites d'autre nature.

Nos quatre malades ont survécu à leur affection, et cela est d'autant plus rationnel que tous les quatre sont soldats, c'est-à-dire jeunes et bien constitués.

Enfin, en d'autres cas, heureusement bien plus nombreux, la péricardite (rhumatismale ou non) disparaîtrait sans laisser de traces sensibles. Nous reviendrons sur ce dernier point à la fin de notre travail.

OBSERVATION II.

Salle Saint-Barthélemy, N° 1. Avril 1885.

A..., 25 ans ; 5 mois de service au 2e Génie. Habitait le département du Gers où il était tailleur de pierre. Bonne santé habituelle et notamment n'avait jamais eu de rhumatisme avant cette fois-ci. La maladie actuelle débute le 24 avril par une douleur dans le coude-pied gauche et le genou droit ; mais depuis un ou deux jours, le malade ressentait des prodromes consistant en courbature, sensation de fatigue, lourdeur de tête et diminution de l'appétit. Puis des douleurs s'étaient déclarées. A... continua cependant son service et dut garder la chambre le 26. Les douleurs gagnèrent alors un certain nombre de jointures, mais n'avaient pas alors grande intensité ; car, le 28, le malade voulut reprendre son service. Toutefois, le 30, il dut rentrer à l'hôpital.

Examen le 1er mai. — Fièvre forte à 39°,4 le matin et 40°,3 le soir : le facies jaunâtre et les traits tirés expriment la souffrance. Le coude-pied, le genou, le coude, le poignet et plusieurs articulations des doigts sont tuméfiés et douloureux à droite et à gauche. Le pouls bat avec une extrême irrégularité, les pulsations faibles et avortées prédominent. L'examen du cœur confirme ces irrégularités, mais sans faire percevoir aucun bruit anomal bien net. Pas d'albumine dans les urines.

Le 2. — 39°-39°,9. Même état des arthropathies ; facies grippé,

jaunâtre, pouls intermittent comme la veille, irrégulier, remarquable par sa faiblesse. Un bruit considéré comme un souffle s'entend à la base et au premier temps. On constate une légère albuminurie.

La gravité de la situation ne permet pas de retarder davantage le choix d'une médication antipyrétique. Toute médication perturbatrice est écartée, de crainte de transformer un rhumatisme déjà grave en rhumatisme cérébral. La digitale est écartée aussi, en raison de la faiblesse du cœur. On se décide pour le salycilate de soude à la dose de 5 grammes.

Le 3. — 39°,9–39°,8. Fièvre toujours forte sans tendances à la sueur. Le malade, somnolent, a des hallucinations. Le pouls est à 108, plus fort et plus régulier qu'hier. On perçoit nettement un frottement limité à la région correspondant à la base du cœur et à l'origine des gros vaisseaux. Ce bruit ne se propage pas. Urines albumineuses. Salycilate de soude, 6 grammes.

Le 4. — 39°,1–39°,3. Légère diminution de la fièvre. La matité cardiaque atteint transversalement le milieu du sternum et dépasse en haut le mamelon. Urines albumineuses. Même médication.

Le 5. — Notable diminution de la fièvre. 38°,3–39. Amélioration de l'état général. Pouls à 108, assez régulier. Matité du cœur comme hier. On constate une légère voussure et les battements sont perceptibles au niveau de la base. A la pointe, au contraire, le choc n'est pas perçu et les bruits paraissent éloignés. Le frottement est toujours très net à la base. On en conclut qu'une certaine quantité de liquide s'est formée dans la séreuse. L'albumine des urines a diminué. Même médication.

Le 6. — 38°–38°,5. Notable amélioration des douleurs, les mouvements sont possibles dans toutes les articulations ; facies rosé, reposé. Le pouls est à 100, assez régulier, un peu faible. La matité du cœur s'est considérablement agrandie, surtout transversalement ; elle dépasse le bord droit du sternum et mesure 13 centim. en largeur et 8 et demi en hauteur. Elle ne dépasse pas le mamelon. La paroi thoracique est légèrement voussurée à la région précordiale, et on perçoit avec la main, mieux encore avec le stéthoscope, un frottement très net. A la pointe les bruits sont sourds et lointains. Bien que l'existence d'un épanchement péricardique soit hors de doute, l'épreuve dans la

position assise n'amène pas de changement dans la matité, sauf un léger abaissement. L'auscultation de la poitrine permet de constater en arrière, à droite, une matité avec respiration rude et soufflante et des râles sous-crépitants. On recherche et on retrouve le salycilate de soude dans les urines.

Le 7. — 37°,7-38°,9. Pouls à 100, petit, faible, mais régulier. Le malade ne souffre presque plus de ses articulations ; le genou gauche seul renferme un peu de liquide. La température continue également à baisser, mais le facies indique encore de la gêne respiratoire. Il y a 29 respirations, laborieuses, exigeant le concours de tous les muscles ; les traits sont plombés, cyanosés. La matité cardiaque mesure 40 ou 41 centim. de périmètre total, 14 de diamètre transversal et 9 dans le sens vertical. De plus, il existe une matité supérieure correspondant à l'origne des gros vaisseaux. C'est au niveau de cette dernière que l'on perçoit le mieux les frottements. Dans tout le reste de la matité, les bruits sont affaiblis et lointains. La région précordiale est voussurée, et on perçoit sur toute l'étendue de la matité le choc du cœur, sans doute transmis par la masse liquide. Le malade accuse une sensation de pression très forte sur le thorax. On supprime le salycilate de soude, et on prescrit un vésicatoire sur la région précordiale.

Le 8. — 37°,7-39°,6. Pouls à 100, régulier. Respiration laborieuse à 28. L'épanchement a diminué d'un travers de doigt. Il existe en arrière, à droite, un épanchement pleurétique sur une hauteur de 10 centim., avec souffle, égophonie, matité. La température a subi une ascension dont la cause reste indéterminée pour le moment.

Le 9. — 37°,9-40°,1. Cette ascension thermique s'est accentuée, mais elle semble due au retour des fluxions articulaires qui se manifestent par des douleurs dans le coude-pied, dans le bras, dans l'épaule. L'épanchement péricardique a encore augmenté. Il présente un contour nettement pyriforme ; son sommet est à trois travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale ; il atteint à gauche le mamelon et dépasse d'un travers de doigt le bord droit du sternum. Dans la position assise, le contour de la matité s'affaisse, diminue en hauteur et s'accroît en longueur. A l'épanchement pleurétique constaté hier à droite s'en ajoute un autre à gauche. Respiration toujours laborieuse à 34, pouls à 108. Urines sans albumine et réaction salycilique.

Le 10. — 39°,1–39°,4. Pouls à 100, respiration à 35. Epanchements au même niveau. Les urines sont peut-être légèrement albumineuses (résultats douteux) et présentent toujours la réaction salycilique. — On reprend le salycilate de soude à l'intérieur.

Le 11. — 38°,5–39°,6. Sous l'influence du salycilate, les douleurs et la fièvre ont diminué ; la matité cardiaque a peut-être aussi subi une très légère diminution sur son bord gauche. La paracentèse est mise en question, mais provisoirement rejetée.

Le 12. — 39°,1-39°,4. Pouls à 96, un peu inégal. Respiration à 30. La matité du cœur est diminuée de 1 centim. transversalement, mais reste la même verticalement. L'épanchement pleurétique des deux côtés ne dépasse pas 10 centim. de hauteur. Le malade a un peu plus dormi, mais son sommeil a été troublé par des rêves.

Le 13. — La matité précordiale diminue lentement et mesure encore 13 centim. sur 6 et demie. Les épanchements pleurétiques ont baissé d'un travers de doigt. La température, à 37° le matin, monte à 38°,5 le soir. On continue le salycilate de soude.

Le 14. — P. 96 ; R. 32 ; T. 37°,3–38°,6. Etat stationnaire.

Le 15. — P. 92 ; R. 26 ; T. 37°,4–37°,4. Etat stationnaire.

Le 16. — P. 80, régulier ; R. 30. L'épanchement péricardique reste à peu près stationnaire. Douleurs dans le poignet droit. Le malade a pu dormir un peu. L'état général est plus satisfaisant. Il y a apyrexie. Les épanchements pleurétiques restent au même niveau. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Comme médication, on continue le salycilate de soude, donné depuis le 9.

Le 17. — Etat général satisfaisant. Apyrexie. Un peu de sommeil. Les douleurs articulaires ont presque complètement disparu. Le pouls est à 72, les respirations à 28. L'épanchement péricardique a légèrement diminué sur son bord gauche. Quant aux épanchements pleurétiques, ils gardent leur niveau.

Le 18. — Apyrexie. P. 75 ; R. 28. L'épanchement péricardique ne subit qu'une lente régression. Du côté des plèvres, l'épanchement baisse de trois travers de doigt ; on perçoit des frottements aux deux bases. Le genou gauche est le siége de douleurs légères. L'appétit se réveille.

Le 19. — Apyrexie. P. 72 ; R. 28. Tous les épanchements dimi-

nuent. Genou gauche toujours un peu douloureux. Cependant on cesse le salycilate de soude.

Le 20. — Mêmes phénomènes que la veille ; frottements aux bases des deux poumons, surtout à droite. Matité à droite, submatité à gauche.

Jusqu'au 18 juin, rien de particulier. A cette date, le malade se plaint de palpitations, de sensation de pression à la région précordiale. L'examen révèle une matité du cœur considérable, dépassant le bord droit du sternum. Elle mesure transversalement 12 centim. et verticalement 5. Dans toute cette région, on perçoit une ondulation correspondant au choc. A la pointe on peut voir une légère dépression de la paroi thoracique. Le pouls, assez fort, est irrégulier. Entre le premier et le deuxième temps, on perçoit un frottement, surtout à l'origine des gros vaisseaux.

Le malade est présenté le 6 juillet au conseil de réforme et renvoyé dans ses foyers.

Beaucoup des phénomènes signalés dans les observations qui précèdent se retrouvent ici, moins marqués peut-être.

Dans le cas présent, le pouls a été la sentinelle avancée qui a donné l'alarme et appelé l'attention sur le cœur. Le pouls était fréquent, comme dans toute fièvre, mais il était surtout irrégulier, faible, inégal. On ne trouve rien encore au cœur, mais on n'attendra pas longtemps : le 2 mai nous percevons un bruit de souffle au premier temps et à la base. Le frottement lui-même rentrera bientôt en scène. Mais en est-il toujours ainsi, et la péricardite est-elle sans cesse précédée ou accompagnée d'anomalies du pouls? Nous ne pouvons conclure en ce sens, même d'après nos observations. En effet, les conclusions que nous allons citer nous obligent à plus de réserve. Lorain écrit (citation faite par Ferrand) : « La péricardite altère si » peu le pouls, dans l'immense majorité des cas, que le sphyg- » mographe n'est habituellement d'aucune utilité dans le » diagnostic de cette affection ». — Dans son traité intitulé :

Traité de médecine clinique, il dit encore, à propos d'un malade chez lequel les signes de la péricardite étaient positifs : « Le » pouls n'accusait pas cette lésion du péricarde, car au moment » où elle était le plus marquée, il ne présentait que la forme » banale de la fièvre (fréquence et dicrotisme). Il n'est pas » possible, en voyant ce tracé du pouls, de dire à quelle affec- » tion particulière il appartient (fièvre ou phlegmasie). »

Ferrand, dans sa thèse, à laquelle nous faisons de fréquents emprunts, se range à cette opinion, et nous agissons de même en avançant, à cause de notre observation I, que la péricardite peut cependant, dans quelques cas, altérer le pouls. Mais alors à quoi attribuer ces altérations du pouls si nettes dans nos trois dernières observations? Sans aucun doute à l'endocardite qui est venue charger le tableau clinique. En effet, avec les frottements nettement perçus, l'auscultation révèle un bruit de souffle attestant que l'endocarde est atteint; le bruit de souffle de la première observation n'est signalé qu'à la fin de la maladie, c'est-à-dire lorsque les phénomènes de phlegmasie cardiaque ont disparu et qu'il ne reste plus, pour l'expliquer, que la dilatation du cœur produisant une insuffisance valvulaire.

Bref, quand dans une crise de rhumatisme le pouls deviendra anomal et aura d'autres irrégularités que celles de la fièvre, il faudra soupçonner un état pathologique du cœur et bien plus souvent l'endocardite que la péricardite.

Cette complication de la péricardite rhumatismale par une endocardite de même nature est-elle chose fréquente? Oui, si nous en croyons nos observations, puisque trois d'entre elles sur quatre sont un exemple de ce fait. Et, d'ailleurs, Bouillaud n'a-t-il pas écrit : « N'oublions pas que la péricardite et l'endocardite rhumatismales marchent presque toujours de compagnie[1] ». Aussi dans l'immense majorité des cas où l'on trouvera

[1] *Recher. cliniq. sur le Rhum. en génér.*

un bruit de souffle, aux points d'auscultation où il s'entend d'ordinaire, devra-t-on poser le diagnostic d'endo-péricardite.

C'est aussi l'opinion de M. Maurice Raynaud. Cependant, il pourra arriver que le bruit de souffle soit perçu en dehors des foyers ordinaires d'auscultation : il faudra alors réserver son diagnostic, au moins quant à l'endocardite, conformément au dire de Bouillaud [1] et de M. Raynaud qui reconnaît à la compression des gros vaisseaux (par l'épanchement péricardique, par exemple) la possibilité de produire un souffle.

Les phénomènes de dyspnée et de cyanose sont intenses. Et cependant, quoique l'épanchement péricardique soit ici plus considérable que dans le cas précédent, nous ne voyons pas survenir de ces atroces douleurs et de ces accès d'angoisse respiratoire qui semblent près d'emporter le malade. Mais il n'y a ici d'épanchement pleurétique qu'à droite, au moins au début de l'affection, ce qui confirmerait l'opinion émise dans le traité de Bouillaud où l'auteur écrit que les douleurs sont plus vives quand il y a concomitance d'une pleurésie gauche.

Dans l'observation du soldat A... nous voyons la fièvre baisser de quelques dixièmes de degré quand la péricardite s'installe. Le même cas se retrouvera dans l'observation IV. Ce fait est regardé par les auteurs comme trop rare pour que nous nous croyions autorisé à en défendre la fréquence. Lorain cite, en effet, un cas de défervescence coïncidant avec la péricardite. Charcot et Leudet citent des faits semblables. Mais ce doit être l'infime minorité. Stokes et Graves établissent même qu'une élévation de la température survenant sans cause connue dans le cours d'un rhumatisme articulaire doit faire prévoir une péricardite.

L'ascension thermique doit donc être la règle. La contradiction que nos observations sembleraient apporter à cette règle n'est qu'apparente, car la défervescence doit être attribuée

[1] *Traité cliniq. des malad. du cœur*, tome I.

sans doute à la médication par le salycilate de soude dans un cas et l'antipyrine dans l'autre.

Bref, ce malade sort guéri de l'hôpital, mais avec une symphyse cardiaque bien établie, sauf peut-être à l'origine des gros vaisseaux où les deux feuillets du péricarde ne sont pas encore adhérents l'un à l'autre et produisent par leur glissement le bruit de frottement qu'on entend en ce point.

OBSERVATION III.

Salle Saint-Barthélemy, N° 5. Octobre 1885.

P..., 22 ans; 10 mois de service au 2e Génie.

Il a eu la scarlatine au mois de juin ; et est revenu de convalescence le 27 septembre. Avant cette maladie, le malade a toujours joui d'une forte constitution et d'une bonne santé.

Il y a une quinzaine de jours environ, le malade ayant été, par suite de son travail, exposé à la pluie, s'est refroidi et ressentit dès ce moment un malaise général avec courbature et anorexie ; cela dura jusqu'au début de la maladie actuelle. Le 11 octobre au matin, après une nouvelle exposition à la pluie, deux jours auparavant, débute le rhumatisme articulaire. Le coude-pied gauche, puis le genou du même côté, puis l'autre jambe, enfin les membres supérieurs furent successivement envahis. Le malade entre le 13 à l'hôpital.

Examen le 15. — 38°,8-39°,2. La peau est moite : le malade a sué la nuit. Les deux coudes-pieds, les genoux, les coudes, le poignet droit et les articulations des orteils sont envahis. Le pouls est à 120, régulier, assez fort. La matité du cœur est normale ; mais on perçoit, d'une part, à la pointe, un bruit de souffle intense au premier temps, se propageant vers l'aisselle, et d'autre part, un bruit intense à la base ne se propageant pas vers les vaisseaux (frottements). Il y a des traces d'albumine dans les urines. Poudre de digitale, 1 gramme.

Le 16. — Pouls à 120, régulier. 38°,6-39°,4. Même état. Une

épistaxis à 10 heures du soir, hier. Les poumons, examinés aujourd'hui, sont sains. Poudre de digitale, 1 gramme.

Le 17. — 38°,9–40°. Le facies exprime la douleur, l'anxiété et l'affaissement. On examine à nouveau les poumons, mais on ne trouve rien de pathologique de ce côté. Le teint, jaunâtre, est rouge aux pommettes. Le sommeil est entrecoupé, mais sans rêves. Poudre de digitale, 1 gramme.

Le 18. — 39°,6–40. Cœur et pouls (90 pulsations) irréguliers, petits. Le pouls a de fréquentes intermittences. Il n'y a pas d'épanchement péricardique. Le malade n'éprouve pas de nausées. Il y a constipation. La température a augmenté. En résumé, l'état est plus mauvais qu'hier et on suspend la digitale dont les mauvais effets ou au moins l'inefficacité sont attribués au développement d'une endocardite se surajoutant à la péricardite. Les urines ne s'élèvent qu'à 800 cc.

Le 19. — 39°,7-39°,4. Le pouls (à 92) est plus régulier et plus fort qu'hier. Les bruits anormaux du cœur persistent comme à la date du 15. Les urines sont à 700 cc., mais il s'est produit une selle diarrhéique. On revient à la digitale, à dose de 60 centigr.

Le 20. — 38°,8–39°,1. Le pouls est à 92, inégal, intermittent ; des pulsations fortes sont suivies de pulsations faibles. En somme, digitalisme marqué qui va faire diminuer à 20 centigr. la dose de poudre. Au cœur, le frottement s'entend à présent sur toute l'étendue de la matité précordiale avec une grande netteté et aux deux temps. Dyspnée intense, à 44 respirations. Les douleurs articulaires persistent, mais moins pénibles. Les urines sont à 1000 cc.

Le 21. — 39°–39°,6. Pouls digitalique à 68, inégal et intermittent. Prostration marquée. On suspend la digitale.

Le 22. — Brusque défervescence à 37°,8 le matin et 38°,5 le soir. Légère amélioration dans les douleurs. On entend un bruit de rape intense non seulement sur toute la matité précordiale, mais encore au-delà. Urines, quantité 1000 cc. Poudre de digitate, 50 centigr.

Le 23. — 38°–39°. Le pouls est à 84, assez régulier, mais peu ample. Les douleurs articulaires ne s'améliorent pas, le poignet droit est tuméfié. La matité du cœur a gagné transversalement, à droite, de 2 ou 3 millimètres. Digitale, 50 centigr.

Le 24. — 38°–38°,9. Urines à 800 cc., légèrement albumineuses. 68 au pouls. Pas de modifications. On suspend la digitale.

Le 25. — 37°,7–39°. Pouls à 96, régulier. On examine aujourd'hui la poitrine, ce qui n'avait pas été fait depuis plusieurs jours, et de cet examen ressort l'existence d'un épanchement pleurétique gauche, dont le sommet atteint le bord spinal de l'omoplate. Souffle et égophonie. Les arthropathies sont stationnaires

Le 26. — 38°,1–38°,7. Pouls à 90. Le malade a été fort oppressé hier et s'est plaint de vives palpitations. Cependant la matité du cœur n'a pas augmenté ; le bruit de frottement est moins intense. Les battements cardiaques sont très–irréguliers.

Le 27. — 38°,6–38°,7. Pouls régulier à 92. La dyspnée est plus intense qu'hier, à 30 respirations, mais sans accès de suffocation.

La région précordiale est nettement voussurée ; de plus, elle est le siége d'une hypéresthésie douloureuse au moindre contact ; il y a aussi des points douloureux dans les 3e, 4e, 5e et 6e espaces intercostaux, le dernier point tout à fait en dehors de la région précordiale. La matité précordiale est considérablement augmentée ; elle commence sur la ligne médiane du sternum et dépasse le mamelon à gauche ; dans son diamètre vertical, elle atteint 10 centimètres. Si le malade s'assied et demeure pendant quelques instants dans cette position, cette matité s'élargit et diminue verticalement. Les bruits du cœur sont sourds, éloignés et ne s'entendent plus si on s'écarte des limites de la matité. A la base du cœur on perçoit un frottement doux. L'épanchement pleurétique reste au même niveau depuis le 25. Cette nuit, le malade a éprouvé des douleurs cruelles dans le coude-pied et le genou gauches.

Le 28. — 38°,1–38°,6. Pouls 96, faible et inégal. Urines à 700 cc. 28 respirations ; la matité cardiaque s'est un peu rétrécie de 5 millim. Dans tout son pourtour et à sa superficie, on entend un bruit de frottement. Les douleurs articulaires persistent et sont fortes. Cependant, légère amélioration de l'état général.

Le 29. — 37°,6–38°,9. Pouls à 98. Etat stationnaire.

Le 30. — 39°–38°,6. Urines à 500 cc. Le malade est soulagé de sa dyspnée, mais il se plaint d'une douleur à la région précordiale. Cependant la matité est redescendue presque à la normale, et l'on sent les battements du cœur de façon très nette. Dans toute la région précordiale,

on entend le bruit de frottement ; le 4e espace intercostal est le siége d'une douleur fixe. L'hypéresthésie cutanée n'existe plus. L'épanchement pleurétique est aussi en baisse, mais le pouls et la respiration sont d'une étonnante irrégularité : le pouls bat tantôt à raison de 100, tantôt à 120 ; la respiration est tantôt à 28, tantôt à 36.

Le 31. — 38°,3–38°,3. Urines 400 cc. Pouls à 120, petit et égal. La résorption de l'épanchement péricardique a continué ; la matité est normale. On entend encore un frottement doux à la région précordiale, surtout à la pointe. Le bruit de souffle mitral est à peine perceptible ; la respiration est à peu près normale ; les mouvements sont en partie restitués à diverses articulations des membres inférieurs. Le poignet gauche seul est assez douloureux. La faiblesse générale est très-marquée, le teint est plombé et les pommettes sont plaquées de rouge.

Le 1er Novembre. — 37°,6–38°,3. Pouls à 104. Respiration à 26. Urines à 600 cc.

Le 2. — 37°,6–37°,5. Pouls 100. Respiration 24. Urines 900 cc.

Le 3. — 36°,9–37°,8. Pouls 100. Urines 900.

Le 4. — 37°–37°,8. Pouls à 100.

Le 5. — 37°,4–38°,4. Léger mouvement fébrile dû à une recrudescence de douleurs articulaires. La convalescence n'est cependant pas entravée. Le bruit de frottement péricardique n'est perçu qu'à la base et sur un espace très–restreint. L'examen de la poitrine montre que l'épanchement pleurétique a disparu et qu'il reste seulement une submatité à l'extrême base gauche et un bruit léger de frottement.

Le 9. — Il y a encore des retours de fièvre et de douleurs, mais passagers. On entend un bruit de souffle très–net au premier temps, à la base ; en mettant le sthétoscope sous l'aisselle au niveau de la pointe du cœur, on perçoit un bruit de frottement doux et superficiel.

Le 24 décembre, le malade part en convalescence pour trois mois.

Les commentaires seront ici, comme pour l'observation suivante, beaucoup moins longs ; car il se déroule dans ces observations une série de phénomènes observés déjà et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Plus heureux que les précédents, ce malade sortira de l'hô-

pital sans symphyse cardiaque ; mais il gardera les signes d'un rétrécissement aortique. Son cœur est encore de dimensions normales. Nous disons *encore,* en prévision d'une hypertrophie consécutive probable. Chez lui, du reste, les phénomènes endocardiques sont restés en première ligne, masqués parfois par la péricardite, mais la précédant peut-être et en tout cas lui survivant. L'énergie du cœur en a été amoindrie, et nous voyons, au premier jour du traitement par la digitale, cet organe montrer de l'intolérance pour cet agent thérapeutique. Nulle part, dans nos observations, l'irrégularité du pouls et du cœur n'a été plus marquée.

De plus, il se manifeste chez ce malade des phénomènes d'hypéresthésie cutanée, qui sont la contre-partie de la parésie de l'observation I. Mais si nous n'avons pas cru devoir rattacher cette dernière, à cause de son siège, à la péricardite, il n'en est pas de même dans le cas présent. L'existence de ces points douloureux dans les espaces intercostaux gauches nous paraît être sous la dépendance directe de l'épanchement péricardique comprimant les nerfs intercostaux. Nous sommes d'autant plus autorisé à avancer ce fait, que nous voyons ces douleurs disparaître, le 30 octobre, lorsque l'épanchement a été presque entièrement résorbé.

En tout cas, nous assistons à cette singulière opposition de faits : que des phénomènes hypéresthésiques peuvent être plus intenses avec un épanchement moyen, lorsqu'ils sont moins marqués et quelquefois même manquent complètement avec un épanchement égal ou plus abondant.

OBSERVATION IV.

Salle Saint-Gabriel, N° 16. Février 1886.

M..., 21 ans ; 3 mois de service au 2e Génie, charpentier dans les Landes avant son incorporation. Robuste et de bonne santé habituelle. Ses parents sont de même ; il n'a jamais eu de rhumatisme.

Le 7 février, à la suite d'une douche de propreté prise au quartier, il éprouve des douleurs dans les reins, les cuisses et les jambes. Ces douleurs persistèrent pendant plusieurs jours, sans obliger M... à suspendre son service.

Le 14, cependant, il ressent, après s'être couché, des battements de cœur qui continuèrent le lendemain.

Le 16 au soir, il eut un grand froid, de la céphalée, perte d'appétit et émit des urines rouges et troubles ; il se plaignait surtout à ce moment de violents battements de cœur, qui continuèrent pendant toute la journée du lendemain. Il avait eu dans les journées précédentes de la fièvre, qui se maintint jusqu'à son entrée à l'infirmerie le 18, et atteignit 39°,6 le soir. Dans cette journée du 18, parurent pour la première fois des douleurs dans les genoux et à la région lombaire.

Entrée à l'hôpital le 20 au soir ; on constate 40°.

Le 21. — T. 39°,6-39°,6. Fièvre forte, sueurs abondantes de la face et de la poitrine, expression de souffrance et d'anxiété. Les palpitations sont persistantes ; on perçoit un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, ainsi qu'un bruit de frottement sur le trajet des gros vaisseaux. Le pouls est inégal et intermittent, à 80. Les deux genoux sont tuméfiés, les articulations tibio-tarsiennes et coxo-fémorales sont douloureuses. Le malade est très-préoccupé et inquiet de sa situation. On prescrit 0,80 centigr. de poudre de Dower, et on pose des ventouses scarifiées sur la région précordiale.

Le 22. — 40°-39°. Même état. On prescrit une potion (qui sera continuée) avec 1 gr. 50 d'antipyrine.

Le 23. — 38°,8-39°,4. Notable amélioration des douleurs, calme relatif, léger abaissement de la température ; pas de sueurs ; seules, les

palpitations, l'angoisse précordiale, l'intermittence du pouls et la faiblesse du cœur restent les mêmes depuis le premier jour.

Le 24. — On fait l'examen de l'état actuel. 37°,8–38°,8. Le facies exprime plus de calme qu'au début, mais encore cependant un peu d'anxiété. La respiration est gênée, les narines largement béantes, la lèvre brunie. Le malade se trouve mieux, surtout en ce qui concerne les douleurs; il a beaucoup moins de fièvre, pas de sueurs, mais il éprouve encore des palpitations et de l'angoisse précordiale.

L'examen du cœur montre une légère voussure, une augmentation considérable de la matité précordiale qui mesure 12 centim. transversalement, à la partie inférieure, et 9 centim. verticalement. Elle atteint presque le bord droit du sternum et à gauche dépasse le mamelon de 1 centim. Le choc cardiaque n'est pas complètement aboli, et dans toute l'étendue de la matité on perçoit un bruit de frottement manifeste. Le malade étant assis, la matité diminue de 1 centim. en hauteur, mais sans s'élargir par la base. Les battements du cœur sont faibles, très-inégaux, avec des intermittences et des redoublements; le pouls à 70 environ, faible et inégal.

On reconnaît à la base du poumon gauche une matité à contour parabolique, dont le sommet est au-dessus de l'angle de l'omoplate; cependant en ce point la respiration n'est pas abolie, et on ne constate ni souffle ni égophonie. La respiration est à 26. Il n'existe pas non plus de point de côté, ni pleural ni péricardique. Le malade expectore des crachats muqueux, pigmentés et aérés. La toux n'est pas fréquente.

Disparition presque complète des douleurs dans la région lombaire, les genoux, les coudes-pieds, qui ne sont plus tuméfiés. La commissure labiale droite porte une vésicule remplie de pus, due à un herpes récidivant qui a commencé il y a vingt jours.

La langue est blanche, et le malade a un peu d'appétit. Il a eu une selle en diarrhée dans la nuit. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le 25. — 37°,9–38°,5. Le malade est calme et a un peu dormi pour la première fois. Il n'a pas ressenti de palpitations de cœur. Le pouls est à 60, faible, un peu inégal. La matité précordiale a augmenté d'étendue, mais surtout s'est portée vers la droite d'un large travers de doigt. Elle dépasse le bord droit du sternum, mais a perdu du côté

gauche où elle ne dépasse plus le mamelon. Elle mesure toujours 12 centim. de base et 12 de hauteur.

Dans les limites de la matité, les bruits du cœur sont perçus sourds, lointains, sans frottements appréciables. Ce déplacement du péricarde est, sans doute, dû à l'augmentation de l'épanchement pleural du côté gauche. Celui-ci remonte, en effet, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate (absence de vibrations, obscurité de la respiration à la base, égophonie peu prononcée sur un point limité).

Il n'existe plus de douleurs articulaires, sauf dans la hanche droite. La respiration est à 26. On continue l'antipyrine à dose de 1 gramme, et on met un vésicatoire de 10/12 sur la région précordiale.

Le 26. — 38°–38°. La matité précordiale a diminué d'un pouce sur tous ses axes. Elle affleure à présent le bord droit du sternum. Le pouls est à 64, toujours faible et intermittent ; pas de palpitations. Sentiment de calme depuis hier. L'épanchement pleural est au même niveau qu'hier, l'égophonie est très nette. Les articulations ne sont ni douloureuses ni tuméfiées. Aucun œdème dans les membres inférieurs.

Le 27. — 38°–38°,6. L'épanchement péricardique est en diminution et ne dépasse la ligne médiane que de 5 millimètres. Cependant les battements du cœur restent faibles, ainsi que le pouls, qui est à 72, mou, régulier, peu développé. L'épanchement pleurétique a diminué aussi de deux travers de doigt. La respiration est à 24 par minute. Quelques douleurs réapparaissent dans le genou, les hanches.

Le 28. — 38°–38°,5. La matité péricardique est redevenue normale, on perçoit dans toute son étendue un bruit de frottement. Le pouls est à 66, régulier ; pas de palpitations. La matité pleurétique est diminuée de trois travers de doigt et est réduite à l'extrême base. A ce niveau, la respiration est très obscure. Plus haut, on perçoit un léger frottement ; au dessus de la partie antérieure de l'épanchement, on trouve une égophonie fort nette.

Les deux hanches sont le siège de douleurs articulaires assez vives.

Dès à présent, la péricardite n'existe plus. Les localisations rhumatismales vont prendre le dessus, surtout à partir du 4 mars, et le tableau clinique ne sera plus que celui d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu qui ne cadre pas avec notre sujet.

30 mars. — Encore quelques retours de douleurs articulaires, dans les coudes-pieds, les genoux. Cependant les forces reviennent peu à peu. Le pouls est à 80, petit, faible, mais régulier. A la région du cœur on constate une dépression très-prononcée ; mais cette dépression dépasse la région précordiale en dehors et en bas. La matité du cœur mesure 9 centim. de haut sur 12 de base, elle commence sur le bord droit du sternum. Dans toute son étendue on perçoit un bruit de frottement rude, qui a son maximum sur le bord gauche du sternum. Pas de dépression systolique ni de frémissement.

Cet homme sera proposé pour la réforme.

Un fait, d'autant plus intéressant qu'il est plus rare, est à noter : c'est que les troubles du côté du cœur, péricarde et endocarde, ont précédé les manifestations articulaires du rhumatisme, car nous ne tenons pas compte de la rachialgie dont le malade s'est plaint avant son entrée à l'hôpital. Le fait est d'autant plus remarquable, que nous ne pouvons trouver chez ce malade aucun antécédent, ni héréditaire ni personnel, de diathèse rhumatismale. Le cœur aurait donc été, si nos déductions sont justes, le premier organe atteint par le rhumatisme, et ce ne serait qu'après (très peu après, il faut le dire), que les arthropathies seraient survenues. Il est vrai, étant donné que la maladie a suivi une douche froide, que l'on pourrait faire de l'affection cardiaque une péricardite et une endocardite *a frigore*, et considérer les manifestations articulaires comme le résultat d'un rhumatisme développé après coup. Mais cette objection ne paraît guère redoutable, si l'on veut bien considérer que les arthropathies ont suivi de très près les cardiopathies, et que par conséquent le même principe morbide a dû présider au développement des deux affections. Nous concluons donc dans le cas présent à la nature rhumatismale de l'endocardite et de la péricardite de l'observation IV. M. Raynaud, d'ailleurs, admet parfaitement la chose : « Dans quelques cas exceptionnels, le

» cœur est frappé avant les articulations. Ce fait, dont il m'a » été donné à moi-même d'observer la réalité, avait été mis » hors de doute par Stokes, Graves, Gübler et Trousseau. »

Ce fait une fois admis, qu'on nous permette un pas en avant et qu'on nous laisse nous demander si les cardiopathies ne pourraient pas, en certain cas, être les seules manifestations d'un accès de rhumatisme, disparaissant ensuite sans frapper d'autres organes?

Si ce que nous avançons là pouvait être démontré, combien de péricardites, d'endocardites ou de péri-endocardites, sur l'étiologie desquelles règne tant d'obscurité, notamment les affections *a frigore*, pourraient être regardées comme des manifestations rhumatismales?

L'examen du 24 février nous montre une certaine immobilité de l'épanchement péricardique qui, dans la position assise, ne s'élargit pas par la base. On pourrait attribuer ce fait à des adhérences déjà établies entre les deux feuillets du péricarde; mais nous voyons plus loin que ces adhérences n'existent pas encore. Il nous semble plus vraisemblable d'admettre que la cavité péricardique ne peut s'accroître par en bas, parce qu'elle est comprimée latéralement par l'épanchement pleurétique.

Ce malade sortira probablement guéri de l'hôpital (il est encore en traitement au moment où nous écrivons), mais avec une dilatation cardiaque très-accentuée, comme le démontre l'examen du 30 mars. Mais il faut noter que cette dilatation n'est pas produite par les adhérences du péricarde, puisqu'on perçoit encore des frottements sur toute la matité précordiale et que les frottements n'existeraient pas s'il y avait adhérence. La seule adhérence qui semble s'être produite est celle du feuillet externe et antérieur du péricarde avec la partie antérieure de la cage thoracique, et c'est par ce fait que nous nous expliquons la dépression constatée à la région précordiale.

TRAITEMENT.

Les agents thérapeutiques en usage sont nombreux. Au commencement du siècle, la saignée était employée dans presque tous les cas de péricardite, quelle que fût sa nature. Bouillaud usait de la lancette contre la péricardite rhumatismale elle-même et prescrivait d'abondantes saignées répétées plusieurs jours de suite, sans préjudice de sangsues en plus ou moins grand nombre. Aujourd'hui on semble plus avare du sang des malades, et on a raison. C'est surtout dans la péricardite rhumatismale qu'on doit le moins user de ce moyen, à cause de l'action si grandement anémiante de la diathèse rhumatismale. Ce n'est donc que lorsqu'on aura affaire à un sujet robuste, riche de sang, et que l'on sera en présence d'une affection très aiguë, que l'on pourra, à défaut d'autres armes, recourir à la saignée.

La thérapeutique actuelle a mis en honneur plusieurs agents de traitement, parmi lesquels nous allons choisir les principaux.

La digitale pourra être d'un très grand secours. Bien entendu, on devra l'employer avec toutes les précautions que commandent les dangers d'un pareil agent. On le donnera donc si le cœur est encore assez fort, et on le proscrira lorsqu'on se trouvera en présence d'un organe sans énergie. « Le clinicien doit » toujours surveiller le cœur, avoir la main sur le pouls, et » suspendre la médication (digitalique, bien entendu) dès » que les pulsations se ralentissent outre mesure, et que la » force contractile du cœur décroît d'une manière sensible » (M. Raynaud). Notre observation III présente un exemple de pouls digitalique ayant amené à cesser provisoirement l'emploi de la digitale.

On a encore préconisé l'usage de l'émétique à dose de 30 à 40 centigr., produisant d'abondantes évacuations (Jaccoud). Ici, comme précédemment, il ne faut user de ce procédé qu'autant qu'on a affaire à un sujet vigoureux, capable de résister à cette secousse.

Contre le symptôme douleur précordiale, on prescrira les opiacés, le bromure de potassium, l'eau de laurier-cerise, le chloral, etc. Enfin, on pourra, tant que l'affection ne compromettra rien, garder l'expectative, mais une expectative intelligente et attentive, une sorte de paix armée. Pendant ce temps, on pourra combattre les localisations articulaires, s'il en est resté, par le salycilate de soude (observation II).

A propos de ce dernier médicament, nous nous demandons s'il ne devrait pas, en partie, supporter la responsabilité de cette sorte de balancement que nous signalions à propos de l'observation I, entre les manifestations articulaires et les manifestations péricardiques de la diathèse rhumatismale. Il semble que cette dernière, chassée des articulations par le salycilate, se réfugie dans les viscères où il ne peut l'atteindre, comme des troupes vaincues en rase campagne se retirent dans les places fortes à l'abri des coups de l'ennemi. Aurait-il donc raison, le vulgaire, dans sa réprobation contre ce médicament, quand il l'accuse « de faire remonter le rhumatisme au cœur » ? C'est chose étrange, en tout cas, que l'impuissance, dans le rhumatisme viscéral, du salycilate, si énergique au contraire dans le rhumatisme articulaire, et c'est là ce qui jette tant d'obscurité sur l'action physiologique de cet agent thérapeutique.

On verra, dans une de nos observations, employer l'antipyrine. Nous ne ferons que constater les excellents résultats obtenus, la lumière ne semblant pas entièrement faite sur la valeur de ce médicament, qui n'a pas rallié tous les suffrages.

En tout cas, quelle que soit l'attitude du médecin vis-à-vis

de la péricardite. il devra toujours s'occuper de l'état général : et d'ailleurs, la plupart des médications n'ont d'autre but que de le soutenir. Tel est le traitement par l'alcool, que nous voyons employer dans l'observation I, et qui trouve toujours son application avec tous les toniques, quinquina, fer, etc., quand le sujet est débilité.

Il sera bon aussi de favoriser la résorption du liquide péricardique : on y aidera par les révulsifs intestinaux (purgatifs salins), par les diurétiques, comme les alcalins, le nitrate de potasse, la scille, la digitale. Ce dernier médicament doit être, nous le répétons, manié avec la plus extrême prudence ; de plus, son efficacité comme diurétique est encore sujette à des contestations diverses, sur lesquelles nous ne devons ni ne savons trancher.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que du traitement général. S'ensuit-il qu'il n'y ait pas de traitement local? Non, bien au contraire. Les applications froides et même glacées sur la région précordiale (surtout contre la douleur), les ventouses scarifiées sur la même région, les vésicatoires, répétés si c'est nécessaire, produisent d'excellents effets. Quelques-unes de nos observations démontrent combien les épanchements sont justiciables des vésicatoires qui, s'ils n'empêchent pas les récidives (que l'on peut combattre par d'autres vésicatoires), ont du moins une grande action sur l'épanchement existant.

Enfin, un grand agent de traitement local consiste dans la paracentèse à laquelle nous allons consacrer toute la fin de ce chapitre.

Paracentèse. — Peu d'opérations ont eu plus d'alternatives de faveur et de défaveur que la paracentèse du péricarde, devenue aujourd'hui manœuvre presque courante. Mais le voisinage du cœur, la sensibilité extrême que l'on accordait au péricarde, faisaient de cette partie des organes thoraciques une

sorte d'arche sainte, sur laquelle nulle main ne devait porter un instrument profane. Aussi Riolan qui, en 1649, proposa le premier la paracentèse, en fut-il pour ses frais d'éloquence. Jusqu'à Desault (1798), on parla bien de cette opération; mais si chacun en faisait sa description, personne ne l'avait vue pratiquer. On entend même Sénac l'enseigner théoriquement à ses élèves, mais ses leçons restent sans effet. Enfin Desault s'arme de courage, prend un bistouri et pratique la paracentèse: son malade meurt. Larrey essaie peu après: deuxième insuccès. C'était peu encourageant; aussi voilà le monde savant divisé en deux camps, l'un pour, l'autre contre la paracentèse. Bouillaud trouve la question pendante et la laisse telle qu'elle était.

Mais voici venir Trousseau qui, de sa voix autorisée, défend la paracentèse, cite le fait d'Aran *(Cliniq. médic.)*, en cite d'autres personnels. Bref, le procès s'instruit: chaque année de nouveaux témoins s'inscrivent à la décharge de l'accusée; voici Vernay et Baizeau, voilà Henri Roger et Labrousse; Dieulafoy arrive à la rescousse avec sa méthode aspiratrice, et enfin, l'affaire entendue, la paracentèse est innocentée.

Ce n'est pas cependant qu'il y ait lieu de traiter la paracentèse à la légère: c'est une opération sérieuse, qui doit être méditée avec soin, dont il faut peser avec attention toutes les indications. La péricardite avec épanchement ne se manifeste pas toujours avec les symptômes qui lui sont habituels se détachant nettement; bien loin de là, et le médecin même expérimenté s'y trompera parfois. Mais comme nous avons à dessein écarté la symptomatologie de notre plan, nous passerons outre.

Quant aux indications et contre-indications de la paracentèse, M. Maurice Raynaud les a résumées en tels termes, que nous ne saurions mieux faire que de les reproduire textuellement:

1° Lorsqu'on aura constaté la présence d'un épanchement considérable, que le pouls sera petit, filiforme, fréquent, la

dyspnée extrême, l'état syncopal menaçant, il faudra toujours poser la question de la paracentèse.

2° Si un épanchement thoracique existe simultanément, il faut d'abord évacuer la plèvre et voir quelle est la part de l'épanchement dans la gravité des symptômes.

3° Dans l'hydropisie active du péricarde, en raison de la résorption facile et prompte de l'épanchement, l'opération n'est indiquée que si les accidents sont particulièrement menaçants.

4° Dans la péricardite aiguë, la paracentèse sera rarement nécessitée. Si l'épanchement devient considérable et cause des phénomènes graves, il ne faut pas hésiter à opérer. Si l'épanchement est de moyenne quantité, l'intervention chirurgicale n'est pas autorisée, car il n'est pas démontré que l'évacuation de cette petite quantité de liquide favorisera la résolution et écartera les complications ordinaires de la péricardite aiguë.

5° Dans la péricardite chronique simple (traumatique, rhumatismale), si l'épanchement est considérable, on aura d'autant plus de chances de succès complet qu'on agira plus promptement. Dans les épanchements symptomatiques, l'opération ne peut être que palliative. Il ne faut opérer que si les accidents sont d'une gravité imminente.

6° La péricardite purulente est une indication de l'opération, mais le diagnostic est difficile, et le résultat peu satisfaisant, vu l'état général.

7° L'hémo-péricarde n'est pas une contre-indication absolue de l'opération; elle doit être tentée si les symptômes d'épanchement sont menaçants et si l'état général, par sa gravité, n'enlève pas toute chance de succès.

Quant au manuel opératoire, il a eu presque autant de vicissitudes que la génèse de la paracentèse elle-même. Et d'abord, le lieu d'élection de l'opération a varié selon les opérateurs. Laënnec trépanait le sternum au-dessous du point où s'insère le cartilage de la 5e côte. Larrey faisait pénétrer son instru-

ment de haut en bas et un peu à droite entre le bord de l'appendice xyphoïde et le cartilage de la 8e côte gauche. L'instrument doit être enfoncé à des profondeurs très-variables, suivant les cas, de 2 à 6 centimètres. Trousseau et Jobert choisissent les 4e et 5e espaces intercostaux, et enfoncent leur instrument soit avec, soit sans incision préalable des téguments ; ou bien encore ils incisent tous les plans et le péricarde lui-même avec le bistouri. Aujourd'hui la ponction au trocart règne en souveraine dans le manuel opératoire. Elle est suivie ou non d'injection iodée.

Seulement, avant d'enfoncer le trocart, il faut avoir soin de s'assurer si le cœur ne bat pas à l'endroit où se fera l'introduction de l'instrument. Aran avait compris la valeur de ce précepte, comme le montre son observation citée par Trousseau «.... et » la forme de la matité ainsi dessinée avec soin, je cherchai à » limiter, avec l'oreille, la zône dans laquelle le silence des » bruits du cœur était complet....» C'est dans cette zône qu'il enfonçait et qu'on doit enfoncer l'instrument.

Le lieu d'élection de la ponction étant bien déterminé, l'instrument choisi (fin trocart de Potain ou aiguille de Dieulafoy adaptés à l'appareil aspirateur) est enfoncé selon la normale au péricarde, et on surveille les mouvements de l'aiguille : si celle-ci est agitée de mouvements rythmiques, c'est qu'elle touche le cœur : on relève alors l'instrument, ce qui fait abaisser dans l'intérieur du péricarde la pointe du trocart. Ici, comme dans toutes les ponctions, on ne doit évacuer le liquide que lentement.

Grande est la valeur thérapeutique de la paracentèse bien faite. En tout cas, le malade n'en meurt jamais ; il est souvent guéri par elle, souvent encore soulagé ; si la mort survient quand même, la paracentèse l'aura ordinairement retardée. Aussi emprunterons-nous encore, pour terminer cet article, les conclusions de M. Maurice Raynaud : « 1° L'opération de la para-

» centèse, pratiquée d'après les règles et avec les précautions » indiquées, n'offre par elle-même aucun danger. 2° La gravité » de l'opération dépend de la gravité de la maladie. 3° Les » résultats sont en rapport direct avec la nature de l'affection » dont l'épanchement péricardique est une des manifestations.»

CONSÉQUENCES.

En résumé, sur quatre de nos malades, trois ont conservé comme suite de leur cardiopathie aiguë des lésions bien accentuées, qui compromettent d'une façon grave l'avenir de ces militaires. Aussi tous trois ont-ils été ou seront-ils avec raison renvoyés dans leurs foyers, bien qu'ils eussent au moment de leur mise à la réforme les principales apparences de la santé.

C'est qu'en effet, si leur cœur affaibli suffit à la vie ordinaire, il n'en eût pas été de même pour l'état militaire, qui est une vie d'activité, d'efforts, et quelquefois de surménement. Pour une marche longue, pour des efforts un peu soutenus, ces hommes fussent devenus des piliers d'hôpital, sans compter que le manque d'énergie de leur cœur assombrirait fatalement le pronostic de toute maladie aiguë, bénigne pour d'autres.

Aussi, et c'est la seule conclusion que nous permet de formuler cette thèse établie sur des faits épars difficiles à relier, aussi, disons-nous, notre avis diffèrera-t-il de celui des auteurs qui considèrent le péricardite rhumatismale comme une maladie bénigne. Evidemment elle n'est pas grave, si l'on n'a en vue que la léthalité. Sur 11 années de la statistique médicale, nous n'avons pu relever que 60 décès par péricardite; encore faut-il réduire ce nombre au tiers, si nous voulons ne compter que la péricardite rhumatismale, selon la moyenne de Bamberger.

Mais nous ne croyons pas devoir déclarer de pronostic favorable une maladie qui, 3 fois sur 4 (comme dans nos obser-

vations, qui cependant n'ont pas été choisies exprès), laisse après elle des désordres qui sont pour leurs porteurs des menaces de complications graves, quelquefois à brève échéance.

C'est pourquoi nous sommes heureux de voir les articles 230, 231 et 232 de l'instruction ministérielle du 27 février 1877, déclarer réformables les hommes atteints de péricardite chronique rebelle, d'hypertrophie, de dilatation ou d'insuffisance, trop fréquentes conséquences de la péricardite.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 5 avril 1886.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 avril 1886.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!